Medical Library

Ein Fall

von

Cholelithiasis mit periodischen Koliken, langdauerndem Icterus, fièvre intermittente und Ausgang in Heilung.

Inaugural-Dissertation

der

Medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Robert Weise,

pract. Arzt aus Schwaara (Reuss j. L.).

Jena,

Druck von B. Engau.

1895.

Genehmigt von der medicinischen Facultät der Universität Jena auf Antrag des Unterzeichneten.

Jena, den 23. März 1895.

Prof. Dr. **Stintzing,**
d. Z. Dekan.

Seinem

verehrten Freunde und Dorfschulmeister

Herrn Lehrer Brömel

in Trebnitz

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153320_0105

So häufig Steinbildungen in der menschlichen Galle auftreten — soll doch nach den neuesten Untersuchungsresultaten durchschnittlich jeder zehnte Mensch mit Gallensteinen behaftet sein —, so schwierig ist es bekanntlich oft, den sicheren Nachweis für ihr Vorhandensein zu erbringen. Oft genug werden ja bei Sektionen Steine von mannigfacher Grösse und Anzahl in der Gallenblase gefunden, die niemals im Leben irgendwelche Krankheitserscheinungen verursacht hatten.

Aber auch, wenn die klinischen Symptome, als deren wesentlichstes wir die Kolikanfälle kennen, auf eine Verlegung der Gallenausführungsgänge oder wenigstens eine Einklemmung in denselben mit grösster Sicherheit hinweisen, so kennen wir doch zahlreiche Krankheiten, die jede für sich oder doch mit einer anderen kombiniert ganz ähnliche Erscheinungen hervorzurufen imstande sind. Solange eben diese zu Verwechselungen geeigneten Erscheinungen bestehen, besitzen wir nur ein direktes Kriterium ihrer Abhängigkeit von Gallenstei-

nen, nämlich den Nachweis von Concrementen, mögen diese nun in den Faeces gefunden oder durch Abtasten der Gallenblase direkt palpiert, oder endlich durch eine Probeincision aufgefunden werden.

Berücksichtigen wir zunächst nur die Kolik, deren Auftreten uns gewöhnlich zuerst den Verdacht auf Gallensteine nahe legt, so möge der Hinweis auf Nierenkolik (Litten), nervöse Leberkoliken (Schüppel, Fürbringer u. A.), Pankreaskoliken (Minnich), Darmkoliken bei Appendicitis etc. genügen, um darzuthun, zu wie mannigfachen Verwechslungen dieses Symptom führen kann, zumal in allen diesen Fällen die Schmerzempfindung ebensowenig wie bei der Gallensteinkolik auf den Ort ihrer Entstehung beschränkt bleibt, sondern nach den verschiedensten Richtungen hin ausstrahlt.

Ein im Anschluss an Koliken auftretender Ikterus wird sich in den meisten Fällen ohne weiteres erklären lassen und die Diagnose auf Gallensteine eher wahrscheinlicher machen als ihr Schwierigkeiten bereiten.

Complicierter dagegen gestaltet sich das Krankheitsbild durch die häufig neben den Kolikanfällen einhergehenden Fieber. Diese letzteren können, falls keine Gallensteine nachgewiesen werden, je nach ihrem Charakter zu den verschiedensten diagnostischen Irrtümern Anlass bieten. Am meisten dürften nun, weil am wenigsten aufgeklärt, die Fälle interessieren, in denen neben ausgesprochener Periodicität der Koliken auch die Fieberanfälle derartig periodisch oder intermittierend auf-

treten, dass man eine Krankheit mit periodisch wiederkehrendem, cyclischen Verlaufe vor sich zu haben glauben könnte. In solchen Fällen ist dann häufig die Ähnlichkeit mit einer echten Malariaerkrankung nicht zu verkennen.

Ein derartiger Fall von Cholelithiasis mit periodischem Verlauf wurde vom 2.—28. X. 93 in der medicinischen Klinik zu Jena behandelt, und ich gebe in Folgendem die Geschichte dieses Falles, wie sie mir aus dem Krankenjournal und aus den soeben von dem ehemaligen Patienten brieflich eingeholten Mitteilungen bekannt geworden ist:

Carl H., 42jähriger Handelsmann und Ackerwirt aus Hildebrandshausen bei Lengenfeld.

Eltern sind gestorben, Vater an Altersschwäche, Mutter angeblich an Carcinoma ventriculi. 4 Geschwister sind gesund, nur hat eine jüngere Schwester 2mal die Gelbsucht gehabt. 9 Kinder leben und sind gesund.

Patient hat schwer arbeiten müssen, aber immer sein gutes Auskommen gehabt. Er will bis auf sein jetziges Leiden immer gesund gewesen sein. Potus wird in geringem Grade zugegeben.

Im Februar 93 am Tage, unmittelbar nach dem Frühstück, erster Kolikanfall mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite und darauffolgendem Erbrechen. Dauer des Schmerzanfalles 3—4 Stunden. 24 Stunden nachher Gelbfärbung der Haut, in etwa 8 Tagen allmählich wieder zurückgehend.

Zweiter Anfall im Juni 93: Erst grosse Schmerzen, dann Brechen, Frost und Hitze; nach Verlauf von 24 Stunden Gelbfärbung und quälendes Jucken der Haut.

Von da an häufige heftige Kolikanfälle, in der ersten Zeit alle Tage und zwar annähernd um dieselbe Zeit, unmittelbar nach dem Frühstück, später mit Zwischenräumen von 2—3 bis 6 Tagen, kurz vor der Aufnahme in die Klinik wieder täglich, vereinzelt auch zweimal am Tage. Der einzelne Kolikanfall war im Anfang stets von Frost, beim Abklingen von trockener Hitze oder Schweissausbruch begleitet. In der anfallsfreien Zeit stets leidliches Wohlbefinden, speciell ohne Frost und Hitzegefühl, aber stets Gelbsucht und quälendes Hautjucken, welch letzteres die Nächte häufig zu schlaflosen werden liess. Appetit fast immer gut. Stuhl regelmässig, weiss „wie Hundekoth", Urin „wie Öl oder Braunbier".

Status praesens:

Klagen des Patienten beziehen sich auf Kolikanfälle und Hautjucken.

Brustumfang: 84,5 : 89.

Mittelkräftiger Körperbau. Ernährungszustand mässig. Keine Ödeme. Keine Cyanose. Mittelstarker Icterus.

Haut von normalem Turgor, gelb, an Rücken und Schenkeln bis zehnpfennigstückgrosse Pigmentflecken, teils exkoriiert, teils mit Schorfen bedeckt, teils vernarbt; sonst Längsabschürfungen (durch fortwährendes Kratzen).

Nur die Submentaldrüsen erbsengross fühlbar, sonst keine Drüsenschwellungen.

Kopf dolichocephal, kein Defluvium, Kopfhaut gelb. Sclerae gelb. Zähne etwas defekt. Lippen nicht cyanotisch. Zahnfleisch blassrötlich. Zunge trocken, dick weiss belegt. Gaumen leicht gelblich. Zäpfchen gerade. Schilddrüse normal.

Thorax stark gewölbt, elastisch.

Lungengrenzen: R. V. 5. Icstlr.
R. H. 9.—10. Brw.
L. H. 11. Brw., gut verschieblich.

Schall laut, Athemgeräusch vesiculär, Inspiration leicht rauh. Morgens wenig Husten, wenig schleimig-eitriges Sputum.

Absolute Herzdämpfung: 4. Rippe, linker Sternalrand. Spitzenstoss intramammillär, im 4. Intercostalraum. Systolische Unreinheit an der Spitze, sonst Töne rein. Puls 80, regelmässig, synchron. Normale Füllung und Spannung der Gefässe. Arterien nicht geschlängelt. Temp. 38,4. Resp. 24. Abdomen im Niveau des Thorax. Schall überall tief tympanitisch, nur über dem Colon descendens gedämpft. Stuhl regelmässig, geformt, thonfarben. Keine Steine zu finden; keine deutlichen Schleimbeimengungen.

Appetit rege.

Leber stark vergrössert, linker Lappen deutlich, rechter weniger deutlich am Rande entlang zu palpieren. Rand scharf, nicht hart.

Gallenblase nicht palpabel, nicht perkutierbar. Patient hört angeblich an ihrer Stelle bei stärkeren Athembewegungen Reiben und Knacken, objektiv nichts nachweisbar. Höhe der Leberdämpfung in der Mammillarlinie 17 cm, in der Mittellinie 15 cm. Hier der Unterrand $2^1/_2$ cm oberhalb des Nabels.

Milz 13,5 : 8 cm, nicht palpabel.

Harn 800 cbcm, spezifisches Gewicht 1021; dunkel, gelblich, zucker- und eiweissfrei. Deutliche Gallenfarbstoffreaktion im Reagensglas und auf dem Filter. Reaktion sauer. Schaum gelb.

Ord.: Karlsbader Salz, morgens 1 Theelöffel und mehr, bis zur Erzielung von 2 dünnen Stühlen. Vermeidung von Fett und scharfen Gewürzen. Einpudern der Haut mit Zinc. oxydat. und Amylum. Priessnitzeinpackung.

Verlauf:

4. X. 4 h. Nachm.: 1 Anfall beobachtet: Aura von einigen Minuten mit starkem Frost und allgemeiner Abgeschlagenheit. — Schmerzanfall, durch Morph. mur. 0,01 subcutan schnell coupiert. Kurz darauf Temp. bis 39° C.

P. 104. Resp. 32.

5. X. 7 h. morgens: gleicher Anfall, aber ohne Schmerzen.

T. 38,6. P. 96. R. 24.

Milz 13,5 : 10.

Ord.: Breiumschläge. 2mal Morph. 0,01.

6. X. 1 h. morgens: gleicher Anfall. Schweiss, stär-

keres Hautjucken. Wie jeden Tag 2 dünne Stühle. Gallensteine bisher nicht gefunden.

T. bis 39, 1. P. 88. R. 24.

7. X. 7 h. morgens: Rudimentärer Anfall mit Schmerzen und Frost. Beides schwindet sofort nach Morph. 20 Tropfen.

T. morgens 36,0,
abends 37,6.

8./9. X. nachts ein Schmerzanfall; nach 20 Tropfen Morph. mur. (0,1 : 10,0) noch keine völlige Euphorie, deshalb noch 10 Tropfen, wonach ruhiger Schlaf.

T. 36,0 — 36,8.

Beide letzten Anfälle fieberlos; Haut weit blasser, namentlich im Gesicht und an den Händen. Im Urin kein Gallenfarbstoff mehr (Gmellinsche Probe).

Ord.: Karlsbader Salz wie bisher.

11./12. X. Nachts protrahierter Kolikanfall. 3malige Morphiumgaben können den Schmerz nicht unterdrücken. Kein Fieber. Icterus stationär. Puls 64.

Lebermasse wie früher. Lebergegend druckempfindlich. Gmelin negativ.

12. X. Anfall. Temp. bis 37,8.

P. 96. R. 24. Milz 13,5 : 9.

Ord.: Karlsbader Salz morgens. Breiumschläge. Chloralhydrat 1,0.

21. X. Lebermasse: 16 cm in der Mammillarlinie, 14 cm in der Mitrallinie.

26. X. Kolikanfälle seit 12. nicht aufgetreten, eben-

sowenig Fieber. Stühle bis zum 15. X. regelmässig durchsucht, stets ohne Steine.

Urin seit 18. X. ohne Verfärbung. Karlsbader Salz ausgesetzt; nach Bedarf Rheum.

Patient verlangt, da er sich vollkommen wohl fühlt, seine Entlassung.

Abgangsstatus am 28. X.:

Sclerae und Rumpf noch leicht gelblich. Kratzeffekte geheilt.

Leber noch palpabel, nicht mehr druckempfindlich. Masse: 12,5 : 12,5. Milz nicht palpabel. Masse: 13 : 7.

Patient wird als geheilt entlassen.

Nach einer mir am 18. I. 95 seitens des C. H. zugegangenen Mitteilung hat sich derselbe seit Verlassen der Klinik gut erholt, an Körpergewicht sogar über das vor der Krankheit bestandene hinaus zugenommen und nie mehr Beschwerden gehabt. Steine sind nach seinem besten Wissen nicht abgegangen.

Es handelt sich also um einen Fall von Cholelithiasis mit bemerkenswert periodischem, fast cyklischen Verlauf. Durch Monate hindurch traten bei stets fortbestehendem erheblichen Icterus fast täglich um fast dieselbe Zeit Frostanfälle mit Koliken auf, welche nach Dauer von einigen Stunden mit Nachlass der Schmerzen, Hitze und Schweissausbruch endeten. Erst in der letzten Zeit verwischte sich dieser Typus etwas, die Koliken und Fieberanfälle traten in mehrtägigen Abständen auf, aber durch eine längere Krankenhausbe-

achtung liessen sich noch öfters die täglichen Perioden von Koliken und Fieber nachweisen.

Die Heilung ist unter einer Karlsbader Kur nach 4 Monaten vollständig und bisher dauernd eingetreten.

Durchsuchen wir die Litteratur nach ähnlich verlaufenen Fällen von Cholelithiasis, so sehen wir, dass alle Autoren auf die Erhöhung der Körpertemperatur zu irgend einer Zeit der Kolikanfälle als auf ein mehr oder minder häufiges Symptom hinweisen, dessen Ursache noch wenig aufgeklärt ist. Während die Meisten den fieberlosen Verlauf der Koliken als Typus aufstellen, ist Fürbringer[1]) auf Grund eigener Beobachtungen geneigt, das Gegenteil anzunehmen. „Bei 41 an unkomplicierter Gallensteinkolik leidenden Patienten, deren Temperaturgang täglich durch genaue Messungen ermittelt wurde", findet er „24mal Fieber und 17mal normale Körperwärme konstatiert. Von jenen 24 Fällen weisen 11 ein leichtes, 9 ein mässiges, 4 aber ein (bis 41°) hochgehendes Fieber auf." — „Wenn auch in den übrigen Fällen der Fiebergang meist durch tagelange und längere normale Temperatur unterbrochen war, so gingen doch die Kolikanfälle in nahezu 60% der Fälle zu irgendwelcher Zeit mit rechtschaffenem Fieber einher."

Nur soviel im allgemeinen über das Auftreten von Fieber bei Gallensteinkoliken.

---

1) Kongress für innere Medicin, Wiesbaden 1891. S. 44 ff.

Nun haben zuerst französische Ärzte auf einen bestimmten periodischen Fieberverlauf bei Cholelithiasis hingewiesen und diesen als Fièvre intermittente hépatique bezeichnet. Charcot[1]) nahm an, dass dieser Temperaturgang mit seinen Frösten beim steilen Anstiege, den Schweissausbrüchen beim schnellen Abfall von der bedeutenden Höhe und meist scharf ausgebildeten fieberfreien Intervallen auf einem in den erweiterten und entzündeten Gallengängen vorhandenen septischen Princip, einem pyrogenen Stoffe, welcher aus einer Veränderung der flüssigen Galle hervorgeht, beruhe. Gallensteinkolik könne die Reihe der Fieberanfälle eröffnen, oder einige Zeit vorangehen oder nachfolgen, oder brauche überhaupt zu keiner Zeit vorhanden zu sein.

Von diesen „accès de fièvre, revenant à courte échéance, suivant un type plus ou moins régulier, de manière à simuler la fièvre intermittente palustre et qui se montrent en dehors de la colique hépatique" trennt Charcot nicht der Pathogenese, wohl aber dem klinischen Bilde nach, ein Fieber, welches zunächst im Verlauf eines Kolikanfalles auftritt und dann ohne neue Kolikanfälle periodisch wiederkehrt, und bezeichnet dasselbe als Fièvre intermittente hépatalgique.

Bockowicz[2]) teilt neben einigen Krankengeschich-

1) Charcot, Leçons sur les maladies du foie et des reins. Tome VI. 1891.

2) citiert nach Virchow-Hirsch, Jahresberichte, XXIV. Jahrg. 1879. S. 186.

ten aus der Litteratur einen selbstbeobachteten Fall mit, um zu beweisen, dass bei Gallensteinkolikanfällen intermittierendes Fieber vorkommen könne. Er bezeichnet dasselbe als „pseudo-intermittierendes“ Fieber, wenn es ohne Veränderungen des Leberparenchyms auftritt und nicht durch Chinin beeinflusst wird.

Schüppel[1]) bemerkt, nachdem er die Möglichkeit des Auftretens andauernden oder auch intermittierenden Fiebers nach einem Schmerzanfalle infolge einer durch eingeklemmte Steine hervorgerufenen Entzündung und Ulceration betont hat: „Indessen ist noch eine wichtige Erscheinung zu erwähnen, zu welcher die im Ductus choledochus — genau ebenso aber auch die im Ductus hepaticus eingeschlossenen Steine Veranlassung geben, gleichgiltig, ob sie fest eingeklammert oder beweglich und lose im Gange liegen. Dies ist nämlich eine eigentümliche (symptomatische) Form von intermittierendem Fieber. — Die Fieberanfälle, welche wir hier im Sinne haben, dürfen zunächst nicht mit dem Fieber confundiert werden, welches Teilerscheinung mancher Anfälle von Gallensteinkolik ist, denn sie treten erst zu einer Zeit auf, wo die letztere bereits vorüber ist.“ Diese „eigentümliche“ Form reiht sich eng an die bereits angeführte „Fièvre intermittente“ Charcots, dessen Erklärung hinsichtlich der Pathogenese sich Schüppel vollständig anschliesst.

---

1) Ziemssen, Handbuch. Bd. VIII, 2. S. 242 u. 246 f.

Labadie-Lagrave[1]) erwähnt das intermittierende Leberfieber als ausnahmsweise Begleiterscheinung von Gallensteinkoliken, indem er sagt:

„On a parfoir signalé un frisson violent au début de l'accés, avec élévation de la température pouvant aller jusqu'à 40°. Mais dans la majorité des cas la colique hépatique est une affection apyrétique, bien qu'elle soit accompagnée, dans certains cas, de fièvre intermittente hépatique."

Ewald[2]) weist bei Besprechung der Gallensteinsymptome darauf hin, dass „bei stärkerer Irritation der Wände von Gallengängen und Blase auch wohl Frostanfälle mit nachfolgender Hitze und Schweiss auftreten. In solchen Fällen liege die Verwechslung mit Intermittens sehr nahe und sei unter Umständen gar nicht zu vermeiden. Nur die Nutzlosigkeit von Chinin könne in solchen Fällen den Verdacht auf Intermittens beseitigen.

Fürbringer[3]) endlich, der, wie bereits erwähnt, das Vorkommen von Fieber bei Gallensteinkoliken, entgegen der Ansicht der übrigen Autoren, als die Regel ansieht, findet in der intermittierenden Form desselben (d. h. in der fièvre intermittente Charcots) nichts Auffälliges; er fasst dieses Fieber einfach als ein pyämi-

1) Labadie-Lagrave, Traité des maladies du foie. Paris 1892. p. 900.

2) Artikel „Gallensteine" in Eulenburg, Realencyclop. 1886. Bd. VII.

3) l. c. S. 49.

sches, meist durch richtige Leberabscesse bezw. Pylephlebitis bedingtes auf. Er weist aber darauf hin, dass „bei entwickeltem intermittierenden Fiebergange nicht selten, wenigstens eine Zeit lang, recht missliche Differenzierungen gegen den Typhus, den Icterus febrilis gravis ohne Lithiasis und vor allem gegen die Malaria entstehen“ [1]).

Vergleichen wir diese Angaben mit unserem Falle, so lässt sich eine gewisse Übereinstimmung auf den ersten Augenblick nicht verkennen. Namentlich lassen die Hinweise Ewalds und Fürbringers auf die Malaria keinen Zweifel darüber, dass sie ähnliche Krankheitsbilder wie das unsrige, bei den Koliken und Icterus auf Gallensteine, die Temperatur aber auf Malaria schliessen lassen konnten, im Auge haben. Und berücksichtigen wir in unserem Falle lediglich den Verlauf des Fiebers, so sind nahe Beziehungen desselben zu dem Infektfieber und damit eine ausserordentliche Annäherung unseres Falles an die Fürbringerschen Ausführungen über die Bedeutung des intermittierenden Leberfieber nicht zu leugnen, wenn auch unsere Curve niemals eine solche Höhe (40 und 41°) erreichte, wie sie die meisten Autoren beobachteten. Aber in einem Punkte weicht der von uns geschilderte Fall von den ähnlichen bisher beschriebenen ab: Es ist nämlich hier nicht nur das Fieber, sondern es sind auch die Koliken periodisch aufgetreten.

1) l. c. S. 56.

Der Fall stellt somit ein Mittelding dar zwischen dem Charcotschen Fièvre intermittente hépatalgique und Fièvre intermittente hépatique, da er mit dem ersteren die Schmerzanfälle, mit dem zweiten die Periodicität des Fiebers teilt. Diese eigentümliche Mittelstellung giebt dem Falle ein besonderes Gepräge, verschafft ihm eine gewisse allgemein-pathologische Bedeutung und macht ihn zu einem diagnostisch interessanten.

Die periodische Wiederkehr von Koliken mit oder ohne Fieber ist weniger bekannt und pathogenetisch auch schwerer zu erklären als das Auftreten von intermittierendem Fieber. Denn, wenn es sich, der neueren Auffassung entsprechend, bei der fièvre intermittente wirklich um ein Eiterungsfieber handelt, so sind die steilen Curven desselben durch den biologischen Prozess der eingewanderten Eiterkokken verursacht. Welcher Art derselbe ist, bleibt natürlich eine offene Frage; es genügt, auf die bei allen möglichen anderen Eiterungen vorkommenden nahezu typischen steilen Curven hinzuweisen; dieselben haben ja von Koch wegen ihrer konstanten Coincidenz mit Streptokokkeninfektionen ein für allemal den Namen „Streptokokkencurven" erhalten (Petruschky[1]).

Die Periodicität der Koliken dagegen kann nicht auf den Lebensprozess von Infektionsträgern bezogen werden. Es muss sich um somatische, zu bestimmten

1) Deutsche med. Wochenschrift 1894.

Zeiten wiederkehrende, vielleicht auch mit der Nahrungszufuhr zusammenhängende Mechanismen handeln; welcher Art dieselben sind, darüber wollen wir uns keinen Vermutungen hinzugeben wagen und nur das Eine ausdrücklich ausschliessen, dass in unserem Falle eine periodische Wanderung von immer neuen Gallensteinen stattgefunden habe: Hiergegen spricht der konstante erhebliche Ikterus und das Fehlen von Concrementen in den Stühlen mit grösster Bestimmtheit.

In der Litteratur sind die Fälle von periodischem Verlauf der Gallensteinkoliken, wie bereits angedeutet, nur spärlich vertreten.

Cyr[1]) führt, nachdem er auf die Verschiedenheit des Krankheitsbildes je nach der Art der dabei auftretenden Schmerzen und noch ausdrücklich auf den fieberlosen Verlauf der Kolikanfälle als Typus hingewiesen, unter den „principales déviations que ce typ normal est susceptible de présenter", die „Périodicité im Verein mit der Fièvre intermittente hépatique" auf und lässt sich über diesen Punkt folgendermassen aus: „La périodicité des crises, quand elle est occasionnelle et de courte durée, ne constitue par un élément absolument anormal; c'est même un phénomène assez fréquent. Mais, quand elle offre une grande régularité et qu'elle persiste pendant un certain temps, elle communique alors presque toujours à l'affection calculeuse une allure toute

1) Archives générales 1890: „Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie."

particulière, un caractère réellement anormal .... qui a le plus souvent donné lieu à une erreur de diagnostic. Quand les crises périodiques se présentent avec accompagnement de fièvre, leur périodicité est encore plus remarquable que lorsque cette complication manque: c'est aux faits de ce genre qu'on a donné le nom de fièvre intermittente hépatique, peu et mal connue avant les travaux du professeur Charcot qui ont jeté une vive lumière sur cette question." Cyr illustriert seine Ausführungen durch das Krankheitsbild einer 64jährigen Patientin: Seit 18 Monaten jeden 2. Tag um dieselbe Nachmittagszeit ein Kolikanfall mit nachfolgendem Frost und Hitze. Während der ganzen Zeit Ikterus, der sich bei jedem Anfalle verstärkte. Solcher Fälle will er mehrere beobachtet haben.

In dem reichen Material des Riedelschen[1]) Buches finden sich zwar Fälle, die in Einzelheiten an unser Krankheitsbild erinnern, aber doch ohne so ausgesprochene Periodicität der Krankheitserscheinungen.

Labadie-Lagrave[2]) bemerkt: „Dans certains cas, les crises sont périodiques, avec vu sans fièvre" und verweist auf die Cyrschen Ausführungen.

Über einen im Wesentlichen mit dem unsrigen ganz übereinstimmenden Fall von intermittierendem Leberfie-

1) Riedel, Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit mit und ohne Icterus. 1892.

2) l. c. p. 906.

ber mit günstigem Ausgange berichtet Henoch[1]): „Nach wiederholten Kolikanfällen trat intensiver Ikterus auf; bald gesellte sich intermittierendes Fieber hinzu, welches auf einen Leberabscess gedeutet wurde und sich durch Chinin nicht beseitigen liess. Die Patientin wurde nach Carlsbad geschickt, wo neue Kolikanfälle auftraten und nach Entleerung von 14 facettierten Gallensteinen Heilung erfolgte."

In unserem Falle war die Diagnose mit einem ziemlich hohen Grade von Wahrscheinlichkeit zu stellen, da der chronische Ikterus, sowie der längere Zeit vorausgegangene isolierte Gallensteinanfall, die zuerst sehr charakteristischen Koliken und die Leberschwellung auf ein Gallensteinleiden hinwiesen, trotzdem die Concremente in den Stühlen vermisst wurden. Es ist aber leicht einzusehen, wie grosse Schwierigkeiten in anderen Fällen dieser Art sich der Diagnose entgegenstellen können. Vor allem kommt, worauf wir schon wiederholt hinwiesen, die Malaria in Frage.

Renvers[2]) beobachtete ausser 2 Patienten mit intermittierendem Gallenfieber einen solchen, der 2mal wochenlang in Behandlung war und beide Male das Bild einer irregulären Cholelithiasis mit intermittierendem Gallenfieber bot. Eine lokale Schmerzhaftigkeit der Leber wurde als Abscess, Milzschwellung als Ausdruck

1) Ziemssen, Handbuch. Bd. VIII, 2. S. 249.

2) Renvers, Zur Pathologie der intermittierenden Gallenfieber. Charitéannalen, 17. Jahrg. 1892.

der Allgemeininfektion gedeutet. Während der zweitmaligen Erkrankung wurden im Blute Malariaplasmodien nachgewiesen und damit die Combination einer Malariainfektion mit Gallensteinerkrankung wahrscheinlich gemacht.

Indessen kann uns das diagnostische Hilfsmittel der Blutuntersuchung zuweilen, wenigstens eine Zeit lang, im Stich lassen. Auf diese zuerst von Baccelli und nach ihm von Golgi erwähnte Möglichkeit machen Maragliano[1]) und A. van der Scheer[2]) aufmerksam. Ersterer bemerkt: „Nicht in allen Formen der Malariainfektion vollenden die Parasiten ihren Cyklus in den Körperchen des cirkulierenden Blutes. Es giebt deren welche — die subkontinuirlichen malarischen und alle sogenannten irregulären Formen, welche im Sommer und im Herbste vorherrschen — in welchen sich in den cirkulierenden Blutkörperchen die Parasiten gar nicht, oder nicht in der Stärke des Fiebers entsprechendem Masse vorfinden."

v. d. Scheer macht den Erfolg der Blutuntersuchung abhängig von der Dauer der Infektion und dem Entwicklungsstadium der Plasmodien. Schwierig sei der Nachweis von Parasiten einmal bei einer erst seit kur-

1) Maragliano in Penzoldt-Stintzing, Handbuch der speciellen Therapie 1894. Bd. I.

2) A. v. d. Scheer, Über tropische Malaria (aus dem pathologischen Institut von Dr. C. Eijkman in Batavia) in Virchows Archiv Bd. 139.

zem und zum ersten Male aufgetretenen Infektion, sodann in den Fällen, in welchen die Sporulationsformen der Plasmodien aus dem peripherischen Blute verschwinden und in der Milz, dem Knochenmarke und den Gehirnkapillaren angehäuft werden.

Aus diesen Ausführungen ergiebt sich, dass in manchen dieser Fälle die Differentialdiagnose zwischen Gallensteinleiden und Malaria schwierig, ja mangels eines positiven Blutbefundes unmöglich werden kann.

Was nun die Prognose und Therapie solcher lange sich hinziehenden und periodischen Gallensteinkoliken anbetrifft, so scheint dieselbe doch nicht ganz so aussichtslos zu sein, als es im ersten Moment scheinen möchte. In der Litteratur haben wir mehrere Fälle kennen gelernt (Renvers, Cyr), welche trotz monatelang dauernden Gallensteinfiebers, z. T. mit Ikterus, doch noch günstig abliefen. In gleichem Sinne spricht unser Fall. Eine energische Karlsbader Kur liess hier schon in den ersten Wochen Koliken und Ikterus bedeutend abnehmen, um sie in der Folgezeit ganz zum Verschwinden zu bringen. Es ist ja keine Frage, dass man in der Prognose solcher Fälle ausserordentlich vorsichtig sein muss, denn die von zwei Seiten, der Cholämie sowohl wie der Pyämie, drohende Gefahr ist nicht zu unterschätzen; aber auf der andern Seite muss man sich doch hüten vor Schwarzseherei und vor der Unterschätzung der mächtigen Wirksamkeit von Trinkkuren gegen Cholelithiasis.

War hier ein chirurgisches Eingreifen am Platze? Wir würden diese Frage unbedingt bejahen, wenn unser Patient von Anfang an sich in sachverständiger Obhut befunden hätte; denn selbst die vorsichtigsten Internen geben doch drohende Cholämie und Pyämie bei Cholelithiasis als eine unbedingte Indikation für chirurgisches Eingreifen zu. Was in diesem Falle den Ausschlag gab für einen nochmaligen Versuch mit interner Behandlung, waren folgende Umstände: 1) Patient hatte sich hier zum ersten Male in eine geschlossene Anstalt begeben und hier, wenn irgendwo, konnte eine energische, erfolgreiche Kur angewendet werden; 2) der Fall, wie er augenblicklich lag, erheischte, wofern überhaupt chirurgisches Eingreifen erfolgte, nicht eine nahe der Oberfläche verlaufende Cystostomie, sondern eine ausgedehnte Laparotomie, deren Bereich sich angesichts der nicht diagnostizierbaren Gallenwegveränderungen vorher nicht übersehen liess. Wenn daher die Chancen für die innere Behandlung durch die allgemeinen Bedingungen in der Hospitalbehandlung stiegen, so stand auf der anderen Seite eine Laparotomie, die sicher schwer, vielleicht auch sehr schwer verlaufen musste. Wenn hiernach also auch theoretisch eine Karlsbader Kur vollauf indiziert schien, so wurde sie durch den praktischen Erfolg erst recht vollkommen gerechtfertigt.

Zum Schluss seien noch mit wenigen Worten die Punkte rekapituliert, welche an dem hier geschilderten Falle bemerkenswert erschienen: Es sind das einmal

die Combination von intermittierenden Fiebern und periodischen Koliken, die, mit starkem Ikterus verbunden, fast 4 Monate bestand, andererseits der angesichts des schweren Krankheitsbildes unerwartet rasche und durchgreifende Erfolg einer energischen Karlsbader Kur.

Herrn Professor Dr. Stintzing sage ich für gütige Überweisung des Themas, sowie Herrn Privatdozent Dr. Gumprecht für thatkräftige Unterstützung bei Bearbeitung desselben herzlichen Dank.